FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE RENNES

THÈSE N° 29

Les Présentations du Siège

Etude statistique de la Mortalité fœtale sur une série de 635 cas

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 1958
par

Georges KETERS
né à Houplines (Nord), le 31 mars 1928

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Président du Jury : M. le Professeur BAUDET.

Membres du Jury :

MM. les Professeurs : GUIHENEUC
MARUELLE
BOURGUET.

Imprimeries SIMON, Rennes

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549208_0099

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES

PROFESSEURS :

MM.	LAMACHE, Doyen de la Faculté	Clinique Médicale.
	CORMIER, Assesseur du Doyen	Matière Médicale.
	ARDOUIN	Clinique Ophtalmologique.
	BAUDET	Clinique Obstetricale et Gynécologique.
	BOUREL	Thérapeutique.
	BOURGUET	Clinique Oto-rhino-laryngologique.
	CHAUVEL	Chimie Analytique.
Mme	CHEVREL	Anatomie Pathologique.
MM.	COUTEL	Bactériologie et Hygiène.
	GINESTE	Histologie.
	GRÉGOIRE	Pharmacie galénique.
	GUELFI	Physique.
	GUIHENEUC	Clinique Chirurgicale.
	HUARD	Anatomie.
	LE GAC	Chimie Médicale.
	LEROY	Clinique des maladies infectieuses.
	MARUELLE	Pathologie Chirurgicale.
	PATAY	Physiologie.
	PELLÉ Abel	Clinique Chirurgicale.
	PELLÉ Alphonse	Clinique Médicale.
	SAMBRON	Pathologie interne et générale.
	TIOLLAIS	Chimie Pharmaceutique.

MAITRES DE CONFERENCES ET PROFESSEURS AGREGES :

MM.	DOBY	Zoologie.
	DUHAMEL	Chirurgie Générale.
	LE GUYON	Bactériologie.
	TOULOUSE	Obstétrique.
	VIVIEN	Médecine générale.

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE RENNES

THÈSE N° 29

Les Présentations du Siège

Etude statistique de la Mortalité fœtale sur une série de 635 cas

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 1958
par

Georges KETERS
né à Houplines (Nord), le 31 mars 1928

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Président du Jury : M. le Professeur BAUDET.

Membres du Jury :

MM. les Professeurs : GUIHENEUC
MARUELLE
BOURGUET.

Imprimeries SIMON, Rennes

A ma femme,

A mes parents,

A ma fille,

A ma famille.

Au Professeur TOULOUSE

ancien interne des Hôpitaux de Paris

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

dont nous avons été l'externe.

Il nous a inspiré ce travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude pour les connaissances dont nous lui sommes redevable et pour l'aide si précieuse qu'il nous a prodiguée.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur BAUDET

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'assurance de notre profond respect.

A NOS JUGES

MM. P[r] GUIHENEUC
Professeur de clinique chirurgicale

P[r] MARUELLE
Professeur de Pathologie chirurgicale
dont nous avons été l'externe.

P[r] BOURGUET
Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique

en hommage respectueux.

A nos Maîtres d'externat :

A la mémoire du P[r] FERREY

Au P[r] Alphonse PELLÉ

Au P[r] LE GAL LA SALLE.

Au P[r] PATAY

Aux Docteurs : BARRÉ, DANRIGAL, DUBOIS, GOUFFAULT, HOUSSAY, LANCHOU, LELEU.

AVANT-PROPOS

En ce domaine de l'obstétrique qu'est l'accouchement en présentation du siège, seule une étude statistique et comparative peut fournir des renseignements valables sur les éléments qui favorisent la mortalité fœtale. D'où, la nécessité de bien mettre en lumière les cas mortels, de les interpréter justement, de reconnaître les facteurs nocifs en cause afin d'en tirer une attitude thérapeutique.

Nous nous sommes efforcés de comparer nos résultats avec ceux de divers auteurs, tant français qu'étrangers. Nous l'avons fait dans la mesure où cela nous a été possible, car, si tous ces travaux sont souvent remarquables il est quelquefois difficile d'opposer nos pourcentages à ceux des auteurs ; ceux-ci ne se référant pas toujours à des données communes : élimination ou non des prématurés ou des jumeaux, variété des cas expurgés pour établir le taux de mortalité corrigée, etc.

Nous nous permettons de suggérer l'utilité d'établir certaines normes pour tout travail statistique.

GENERALITES ET PLAN

Nous présentons une statistique de 635 accouchements en présentation du siège sur 14 156 accouchements, soit une fréquence de 4,48 %.

Ils se répartissent de la façon suivante :

Un premier groupe de 228 accouchements en présentation du siège, effectués à la Maternité du Centre Hospitalier de Rennes, de 1946 à 1956 inclus.

Un deuxième groupe représente 407 accouchements effectués en clientèle privée, par deux médecins spécialistes, de même formation : le Professeur agrégé Toulouse et le Docteur Dubois, de 1946 à 1956 inclus.

Dès maintenant, disons que les prématurés seront éliminés de cette étude, ce qui portera le nombre exact de sièges à

559

Notre travail se divisera en trois parties :

1° Nous étudierons les résultats statistiques :

— statistique globale,
— statistique hospitalière,
— statistique privée.

2° Nous aborderons ensuite, en seconde partie, la Mortalité fœtale.

— Comparaison des taux de mortalité dans la littérature médicale.
— Présentation des cas de décès.
Eléments du pronostic fœtal.
— « Qualité de la mère et état de développement de l'enfant ».
(Age — Parité — Poids de l'enfant — Variété de siège).

— Evolution du travail.
Le travail et la dilatation du col.
Les méthodes employées et l'importance de l'opérateur.

3° Enfin, la troisième partie sera consacrée aux déductions thérapeutiques.

A dessein, nous avons omis de fusionner les résultats de la statistique hospitalière et privée. Leur opposition, au contraire, nous permettra de souligner l'importance du facteur personnel de l'opérateur.

Signalons également que, dans les cas de mortalité, nous comprenons les enfants mort-nés et ceux décédés dans les 10 jours qui suivent la naissance.

PREMIÈRE PARTIE

RESULTATS STATISTIQUES

Nous présentons d'abord les résultats de l'ensemble de notre statistique. Puis nous donnerons les résultats partiels.

Pendant dix ans, de 1946 à 1956 inclus, le nombre des naissances s'élève à

14.156

Parmi elles 635 enfants se sont présentés par le siège.

Les 76 cas de prématurité ne présentant aucun intérêt pour cette étude seront éliminés. Le chiffre corrigé de SIÈGES est donc de

559

Tous les pourcentages avancés au cours de ce traitement se réfèreront à ce chiffre.

Au sujet de la variété de sièges, la plus grande fréquence des décomplétés a été notée

148 complets pour 411 décomplétés.

Quant à la parité, les primipares et multipares étaient sensiblement à nombre égal :

285 pour les premières,
274 pour les secondes.

Enfin, voici les méthodes employées :

308 accouchements spontanés ou aidés, soit 55 % ;
120 fois la grande extraction a été employée, soit 21 % ;
Dans 131 cas, l'indication de Césarienne a été posée, soit 24 %.

Nous donnons maintenant la répartition de ces résultats dans les deux statistiques : hospitalière et privée.

STATISTIQUE HOSPITALIERE

Nous avons constaté qu'à la Maternité du Centre Hospitalier de Rennes, il y eut, au cours des années 1946 à 1956 inclus,

6 255 naissances,

parmi lesquelles nous avons compté

228 présentations du siège.

Nous éliminons de ce chiffre les 57 prématurés qui ne présentent aucun intérêt pour cette étude.

Le nombre de sièges s'élève donc à

171

qui se répartissent en

69 complets
et 102 décomplétés.

Les Parturientes se divisent en

82 Primipares.
89 Multipares.

Les méthodes employées sont les suivantes :

109 fois l'accouchement a été spontané ou aidé (manœuvres dites simples), soit

61 naissances sans aucune intervention de l'opérateur et 48 où ce dernier est intervenu en faisant une petite extraction, en appliquant la manœuvre de Mauriceau ou simplement le forceps sur la tête dernière.

Par rapport aux 171 accouchements, cette méthode a donc été utilisée dans plus de 62 % des cas.

29 fois, soit 17,5 %, la Grande Extraction fut pratiquée.

Il fallut recourir 33 fois à la césarienne, soit 20 %.

La durée moyenne du travail a été de 15 heures 35 minutes pour la primipare et de 11 heures 29 minutes pour la multipare.

STATISTIQUE PRIVEE

Nous groupons, sous cette rubrique, deux séries d'accouchements effectués par deux spécialistes au cours des années 1946 à 1956 inclus.

L'ensemble porte sur
7 901 naissances

Parmi celles-ci nous comptons
407 sièges
dont nos éliminons les 19 prématurés. Le chiffffre exact des sièges est ainsi de
388

Pour la facilité de l'exposé, nous donnons séparément les résultats des deux séries.

La première est représentée par
4274 accouchements
dont 210 sièges.

Les 10 cas de prématurité éliminés, il nous reste
200
répartis en 41 complets
et 159 décomplétés.

Les parturientes se divisent en 98 Primipares et 102 Multipares.

Les méthodes employées ont été les suivantes :

133	accouchements spontanés ou aidés, soit.....	66,5 %
30	Grandes Extractions, soit	15 %
37	Césariennes, soit	18,5 %

Enfin, dans la deuxième série, nous comptons
3627 naissances.
En éliminant 9 prématurés des
197 sièges rencontrés,
il nous reste exactement :
188 accouchements en présentation du siège, répartis en variétés suivantes :

38 complets,
150 décomplétés.

Il y eut 105 Primipares et 83 Multipares.

On eut recours 66 fois à l'accouchement spontané ou aidé, soit 35 %.

61 grandes extractions ont été nécessaires, soit 32,5 % et l'indication de césarienne a été posée 61 fois, soit 32,5 %.

TABLEAU RECAPITULATIF

	Statistique Hospitalière	Statistique Privée		Total
		1re Série	2e Série	
Accouchements ..	6255	4274	3627	14156
Sièges	228	210	197	635
Prématurés	57	10	9	76
Sièges corrigés ...	171	200	188	559
S. complets	69	41	38	148
S. décomplétés ...	102	159	150	411
Primipares	82	98	105	285
Multipares	89	102	83	274
Méthodes :				
Spontanés aidés .	109	133	66	308
Grande Extraction.	29	30	61	120
Césariennes	33	37	61	131

DEUXIÈME PARTIE

LA MORTALITE FŒTALE

La mortalité fœtale est représentée par 32 décès pour 559 accouchements en présentation du siège.

VINGT-QUATRE

décès

sont vraiment en rapport avec le type de présentation. Le pourcentage de Mortalité corrigée est donc de

4,29 %

Les huit cas de décès expurgés étaient les suivants :

Quatre enfants avaient une malformation incompatible avec la vie : Hydrocéphalie ou Spina bifida et hydrocéphalie associées. Deux enfants morts et macérés : Syphilis et hématome rétro placentaire.

Un septième était atteint d'ictère hémolytique par incompatibilité rhésus.

Enfin, le huitième mourut de diphtérie cinq jours après la naissance. La mère était porteuse de diphtérie vulvaire.

L'étude comparative des pourcentages de mortalité corrigée révèle que nous nous approchons des chiffres moyens cités par les auteurs de statistiques importantes, tant en France qu'à l'étranger.

Schmidtz H.E., Smith C.J. (Loyola Chicago) ont, sur 1544 cas, une mortalité de 4,12 %.

Edward Hall (New York), 4,5 % pour 1456 cas.

Pomerance W. et Daichman I., 4,5 % et 5,1 % pour 716 cas.

En France, Rivière M., Chastrusse : 3,96 %.

Ces taux de mortalité nous paraissent représenter le juste milieu entre les pourcentages extrêmement bas de

Siegel Isadore (Université de Maryland), 308 cas, 0 %.

Arnot P.H. et Nelson D.R. (Université de Californie), 471 cas, 1,4 %.

Calkins (Université du Kansas), 702 cas, 1,3 %.

Edw. Hall et R. Conseloonn (Brooklyn), 654 cas, 1,5 %.

Hudnallware H. et Robert, 2,11 %.

Mlle Loriau (Thèse Paris), 2,94 %.

et ceux par ailleurs plus élevés des Britanniques qui n'éliminent pas les prématurés de leurs statistiques, tels que :

Maurice Noble (Edimbourg), 11,1 %.

Reginald Cutts et T.M. Abbas, 18,9 % et 28,8 %.

Goethals (Chicago) présente une statistique de 1034 cas portant sur tous les enfants de plus de 1000 grammes. Il donne les chiffres de 6,2 % pour la primipare et 9,8 % pour la multipare.

Ward et Parsons donne 9 %, tandis qu'à Odense (Danemark), Paul Khuhnel, comparant la mortalité en rapport avec une technique conservatrice ou active, présente des pourcentages de 1,06 % et 11,6 %.

Enfin, dans la thèse de Déplante, nous lisons 8,3 %. Béguère (thèse Paris), 7,6 %, se rapprochant ainsi de celui cité par Crézé (Angers), 7,8 %, à la suite d'une analyse de 544 cas.

En U.R.S.S. — Depuis l'usage de la Méthode de Tzovianoff, tous les auteurs soviétiques sont d'accord pour vanter cette méthode sans restriction et prétendent qu'elle a fait baisser le pourcentage de mortalité. Ainsi présentent-ils les chiffres suivants :

Tzovianoff, 1,3 % (843 sièges) ; 1,6 % — Chin Kareff, 2,6 % — Esiechevili, 3,6 % — A.P. Tzvainer, 3,9 % — M^{me} J. Kalinofa, 4,4 % — 4,7 %.

Wachnadzé (309 cas, 7,5 %, mais il reconnaît qu'il ne possède pas encore la technique à fond.

Enfin, après cet aperçu, qui montre un pourcentage de mortalité assez élevé que nous pouvons situer entre 3 et 8 %, il nous paraît utile d'analyser en détail les éléments conditionnant cette mortalité. Pour rendre cette étude plus facile voici d'abord l'exposé des 24 décès :

STATISTIQUE HOSPITALIERE

Sur 171 accouchements, nous comptons :

9 décès — soit 5,25 %.
2 chez les primipares,
7 chez les multipares.

Cas 1948-437.

Primigeste de 35 ans à terme
Bassin normal
Durée du travail 8 heures:
Siège décomplété mode des fesses
Méthode : Grande Extraction, facile.
La veille de son entrée, une version par manœuvre externe a échoué.
Enfant vivant de 3 k 030 présentant une légère augmentation de volume de l'abdomen mais sans hypertrophie notable du foie et de la rate.
Décès le lendemain après un stade d'hypothermie et de contractions cloniques.
Le cri est peu énergique, la fontanelle non tendue.
Pas d'autopsie.

Cas 1951-211.

Primigeste de 28 ans, à terme
Bassin normal
Durée du travail : 16 h. 30.
Siège décomplété S I G A
Méthode : Mauriceau avec expression abdominale
Enfant de 3 k mort-né malgré la tentative de ranimation. Syncope blanche par compression du cordon — Latérocidence.

Chez les Multipares

Cas 1947-188.

4e Pare — 35 ans, à terme
Bassin normal

Durée du travail : 6 heures
Siège décomplété S I G A
Méthode : Grande Extraction pour procidence du cordon
Enfant de 3 k 400 — Décédé.

Cas 1947-402.

5e Pare — 27 ans, à terme
Bassin normal
Durée du travail : 6 heures
Siège décomplété S I G A
Méthode : Grande Extraction pour Placenta Prœvia.
Mort-né — 3 k 650.

Cas 1949-279.

6e Pare — 27 ans, à terme
Bassin normal
Travail : 11 heures
Méthode : Grande Extraction pour procidence du cordon, tête défléchie
Enfant 3 k 850 — Ranimation impossible.

Cas 1949-551

2e Pare - 22 ans
Bassin normal
Durée du travail : 10 heures
Méthode : Grande Extraction et forceps sur tête dernière défléchie
Episiotomie — 2 points
Enfant de 3 k 500 — Décédé.

Cas 1951-423.

2e Pare — 28 ans, à terme
Bassin normal
Durée du travail : 48 heures.
Méthode : Siège complet S I G A
La poche des eaux s'est rompue spontanément 48 heures avant l'expulsion
Manœuvre de Mauriceau
Enfant de 3 k 700 qui ne peut être ranimé après 30 minutes.

Cas 1953-73.

9e Pare — 31 ans, à terme
Bassin normal
La durée du travail n'a pu être déterminée avec exactitude
Méthode : Siège complet S I G A — Tête défléchie
Manœuvre de Mauriceau
Enfant mort-né de 3 k 110.

Cas 1954-452.

3e Pare — 28 ans, à terme
Bassin normal
Méthode : Siège complet S I G A
Accouchement aidé : Petite Extraction
Rétraction du col de l'utérus sur tête dernière
Mort-né

STATISTIQUE PRIVEE

La première série comporte 8 décès :
5 parmi les primipares et 3 parmi les multipares.

Cas 521. — 1re Pare, à terme
Bassin rétréci
Méthode : Siège décomplété
Grande extraction pour relèvement des bras
Manœuvre longue et difficile
Enfant de 3 k mort-né.

Cas 862. — 1re Pare — 26 ans, à terme
Bassin normal
Siège décomplété
Grande extraction pour anomalie de dilatation
Manœuvre difficile
Enfant de 2 k 200 — Décédé.

Cas 898. — 1re Pare — 38 ans, à terme
Bassin normal
Siège décomplété.
Grande extraction pour procidence du cordon

Forceps sur tête dernière
Enfant de 3 k — Episiotomie — Fracture de l'humérus.

Cas 992. — 1re pare 35 ans, à terme
Bassin normal
Siège décomplété
Grande extraction pour fatigue maternelle
Episiotomie : 7 points
Mort-né de 3 k 600 — Fracture de clavicule.

Cas 3575. — 1re Pare — 30 ans, à terme
Bassin normal
Siège complet S I G A
Accouchement spontané
Enfant de 3 k
Décès au bout de 12 heures (enfant pâle — oxygène pendant quelques heures).

Chez les Multipares

Cas 266. — 3e Pare — 32 ans, à terme
Bassin normal
Siège décomplété
Grande extraction pour siège incliné
Enfant de 2 k 600 — Décédé 48 heures après d'hémorragie méningée.

Cas 2488. 4e Pare — 30 ans, à terme
Bassin normal
Siège complet
Forceps sur tête dernière
Extraction difficile
Enfant de 3 k 700 — Décédé malgré les mouvements respiratoires pendant 2 heures

Cas 3313. — 3e Pare — 35 ans, à terme
Bassin normal
Accouchement spontané
Siège complet — Procidence du cordon
Enfant de 3 k — Ranimation impossible.

La deuxième série de la statistique privée comporte 7 décès :
4 parmi les primipares et 3 parmi les multipares.

Cas D5. — Primipare de 28 ans — à terme
Bassin normal
Travail régulier
Rupture prématurée des membranes
Siège complet
Dégagement des bras. Mauriceau
Enfant de 3 k 600 qui crie aussitôt mais meurt au 9e *jour* dans un syndrome de cyanose.

Cas D15. — Primipare de 25 ans
Bassin normal
Travail rapide — signes de souffrance fœtale
Rupture des membranes tempestive.
Siège décomplété
Petite extraction facile
Enfant de 3 k 150 — Mort-né, très gros foie
Post-maturité.

Cas D80. — Primipare de 22 ans, à terme
Bassin normal
Travail normal
Siège décomplété.
Grande extraction
Enfant de 3 k 900 — Décédé d'une hémorragie méningée.

Cas D90. — Primipare de 25 ans, à terme
Bassin normal
Travail normal
Siège décomplété
Grande extraction du siège
Enfant de 3 k 950 — Décédé : hémorragie méningée.

Chez les Multipares

Cas D51-28. — 4e Pare — à terme
Bassin dystocique
Siège décomplété

Enfant de 2 k 500 — Décédé.
Dans les antécédents : 2 avortements, l'un à 2 mois, l'autre à 6 mois.

Cas D52-226. — 2e Pare — à terme
Bassin diminué tranversalement
Rupture prématurée de la poche des eaux
Siège élevé — Méconium, sang
Siège décomplété
Grande extraction — Abaissement des bras laborieux
Enfant de 3 k 700 — Décédé.

Cas D54-37. — 3e Pare — à terme
Bassin normal
Siège élevé — Arrêt du travail pendant 8 jours
Rupture prématurée des membranes au 8e mois
Grande extraction
On nota par ailleurs un excès de liquide amniotique — de mauvais efforts expulsifs malgré 5 unités de Post Hypophyse — et la procidence d'un pied
Mort après 5 jours.

ELEMENTS DU PRONOSTIC FŒTAL

Il nous paraît intéressant de rechercher maintenant les circonstances qui rendent compte des cas de mortalité. Cette étude est délicate. De nombreux éléments, en effet, qui concourent à rendre le pronostic sévère sont souvent intriqués et il n'est pas toujours aisé de reconnaître le véritable responsable. Par ailleurs, un certain nombre d'éléments échapperont à notre investigation car difficilement comparables : La contribution de la mère au travail, état du bassin des parties molles, du col utérin. L'habileté de l'opérateur est un facteur non négligeable.

Nous allons donc envisager ce qui est mesurable et, dans les cas de dystocie multiple, nous allons essayer d'attribuer aux différents facteurs entrant en jeu leur degré de responsabilité.

Prenons un exemple : le cas 1951-423. Nous lisons dans l'observation : Mauriceau, avec expression abdominale, facile. La méthode ne semble pas

en cause ici, car point n'est à craindre un étirement exagéré sur le cou du fœtus — endroit où s'exerce surtout la traction dans cette manœuvre qui peut causer une élongation du bulbe et de la moelle avec sa conséquence fatale.

D'autre part, les 16 heures 30 de travail s'élèvent un peu au-dessus de la moyenne ; ceci nous paraît secondaire car en dehors de certaines limites excessives, la régularité du travail importe plus. Or, ici le travail s'est effectué à peu près régulièrement. Enfin, ni l'âge, ni la parité ne sont à incriminer. Il nous reste donc la compression du cordon à l'occasion d'une latérocidence, qui s'est traduite, à la fin du travail, par une modification des bruits du cœur. C'est donc l'élément que nous retiendrons.

Dans cet esprit, nous avons groupé les circonstances des 24 décès en deux grands groupes :

Le premier, où nous reconnaissons comme élément primordial du décès une anomalie du travail compliquée le plus souvent de dystocie multiple.

Un deuxième groupe, où la mort semble être directement en rapport avec la méthode d'extraction.

Premier Groupe.

La mort a été en rapport avec une anomalie du travail, ou bien celui-ci s'est compliqué secondairement de dystocie multiple : 12 cas dont voici l'énumération :

1° Une anomalie du travail a été seule en cause.

Elle a été reconnue dans 2 cas.

Le premier. — La durée du travail a été trop longue : 48 heures (cas 1951-423).

Le deuxième cas. — La rupture prématurée des membranes impose son classement à la fois dans ce groupe et dans le groupe suivant, la manœuvre de dégagement des bras s'étant révélée particulièrement difficile (cas D5).

2° Une complication s'est révélée au cours du travail dans 10 cas.

Deux fois il s'agissait d'une souffrance fœtale :

Dans le premier cas, la grande extraction fut utilisée (cas D52-226).

Dans le second : la petite extraction. L'enfant était d'ailleurs postmaturé avec très gros foie (D 15).

Six fois il s'agissait d'une dystocie due aux annexes du fœtus.

4 procidences (1947-188, 1949-279, 898, 3313).
Une latérocidence (1951-211).
Un placenta Prœvia (1947-402).

Deux fois nous étions en présence d'une dystocie plus complexe :

Une déflexion de la tête au cours d'un Mauriceau (cas 1953-73).
Enfin, dans un dernier cas, D54-37, où le siège était élevé, un arrêt de travail pendant 8 jours, une rupture prématurée des membranes, de mauvais efforts expulsifs et l'abondance de liquide amniotique ont été notés.

Dans le deuxième groupe, le décès semble dû pour une grande part à la méthode employée.

1948-437, où l'existence d'un gros foie fut notée.
rencontré dans la catégorie précédente.

Ils se répartissent ainsi :

Neuf décès dus à la grande extraction. Cette manœuvre fut laborieuse et difficile à 4 reprises : cas 1949-551 (tête déflé-chie) cas 521, 862, D51-28.

Cinq fois, par contre, elle fut facile, cas 266, 992, D80, D90 et 1948-437, où l'existence d'un gros foie fut notée.

La petite extraction fut la cause d'un décès, cas 1954-452.

Une fois, cas 2438, le forceps avait été appliqué.

Enfin, à la suite d'un accouchemènt spontané, un enfant ne put être ranimé.

Nous ajouterons pour terminer les décès dus à la méthode, le cas décrit dans le groupe précédent. La manœuvre de Mauriceau avait été appliquée.

La première conclusion que nous tirerons est celle-ci :

Si, en cas de dystocie, le pronostic est grave, il devient d'une sévérité telle, dans les cas de procidence du cordon et à plus forte raison dans les dystocies multiples, qu'il est pratiquement impossible d'espérer un enfant vivant par les voies naturelles, les risques étant alors considérables.

Abordons maintenant l'étude des éléments qu'il est convenu de reconnaître comme ayant une incidence néfaste dans cette présentation.

L'âge, la parité de la mère, le poids de l'enfant, la variété de siège, sont des valeurs mensurables parce que appréciables par la clinique.

D'autres, tels que l'évolution du travail, les contractions utérines, la rupture de la poche des eaux, la souffrance fœtale, l'efficacité de la méthode employée, l'action des spasmolytiques, de la post-hypophyse, sont le plus souvent imprévisibles.

Dans un article très intéressant paru dans la *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique,* M. Lacomme et G. Le Lorier, reprenant les chiffres de la thèse de Béguère, Paris 1953, groupent ces éléments en deux catégories :

1° « La qualité de la mère et l'état de développement de l'enfant » ;

2° « Le mode d'évolution du travail ».

Ce plan nous paraissant le plus logique, nous l'adopterons pour cette étude. Il nous semble bon d'autre part, en matière de statistique, de se référer à certaines normes communes afin de faciliter la comparaison entre les différents auteurs.

1° « La qualité de la mère et l'état de développement de l'enfant »

La disproportion fœto-maternelle, réalisée dans sa forme typique — bassin vicié, gros enfant — est reconnue facilement et très vite. Elle entraîne une sanction thérapeutique : la Césarienne. Aussi est-elle sous cette forme rarement la cause de mortalité. Au contraire, des cas plus nuancés se présentent au praticien, et c'est par la conjonction de l'âge, la parité, le poids de l'enfant et la variété du siège qu'une première base de pronostic sera posée.

L'Age

C'est presque un lieu commun de rappeler le rôle nocif de l'âge à partir de 35 ans ; en effet, le nombre de grandes multipares est plus grand et — comme le signale M. Lacomme — à partir de cet âge la gravité est liée aux difficultés plus grandes d'expulsion nécessitant la mise en œuvre de la petite ou grande extraction. Pourtant Rivière et Chastrusse, trouvant pour les moins de 35 ans un pourcentage de mortalité de

3,86 % et de 4,5 % pour les plus de 35 ans, concluent que l'âge est sans intérêt.

Les chiffres que nous avançons se rapprochent de ces derniers :

4 % de décès chez les moins de 35 ans,
5 % chez les plus de 35 ans.

L'âge ne semble donc pas avoir de valeur si l'on fixe la démarcation à 35 ans ; nous reviendrons plus tard sur ce point.

La Parité

Pour Brindeau et Lantuéjoul, la mortalité est moitié moindre chez la multipare. Lacomme et Le Lorier sont du même avis : 10 % et 4 %.

Aux U.S.A., Schmidz Herbert, Smith avec 10,3 % pour les primipares et 6,9 % pour les multipares, ont la même proportion. Rivière et Chastrusse, avec les chiffres de 6,5 % et 1,9 %, la trouvent trois fois moindre.

Outre-Manche, en échange, les rapports sont inversés : c'est au contraire chez la primipare que la mortalité est moitié moins forte (Philip Ludman et George Winchester, Edimbourg : 14 % et 28 %) (Reginald Cutts, Edimbourg : 18,9 % et 29,8 %).

Les avis sont donc partagés. Quant à nous, les taux s'égalisent : 3,8 % pour les primipares et 4,7 % pour les multipares.

Nous ne tirons pas de conclusion.

En fait, ce qui importe surtout, c'est l'âge et la parité associés, beaucoup plus que ces deux notions prises séparément.

Age-Parité

Parmi les 247 enfants nés de primipares de 15 à 30 ans, nous comptons 8 décès, soit 3,2 %.

Parmi les 22 enfants nés de primipares de 30 à 35 ans, nous notons 2 enfants morts, soit 9 %.

Enfin, sur 16 enfants nés de primipares de plus de 35 ans, nous avons un enfant mort, soit 6,2 %

Chez les primipares, la mortalité la plus forte se rencontre parmi les femmes de 30 à 35 ans.

Dans l'ensemble

pour les moins de 30 ans : 3,2 % de décès infantiles

pour les plus de 30 ans : 7,8 %.

La mortalité est donc deux fois plus forte chez la primipare âgée que chez la primipare jeune. L'âge le plus critique est donc compris entre 30 et 35 ans.

Rappelons que Snœk et Cannon, en 1939, reconnaissaient que de 10 % chez la primipare jeune, la mortalité atteignait 60 % chez les primipares âgées.

Enfin, comme nous, Déplante (thèse Lyon) note que le taux de mortalité le plus élevé se situe, chez la primipare, entre 30 et 35 ans : 50 %.

En résumé, le pronostic est très sévère chez la primipare âgée de plus de 30 *ans.*

Il semble possible d'interpréter ce résultat. La mauvaise qualité d'un utérus cordiforme, cylindrique, malformé, conditionnant déjà ce type de présentation, accroît encore la dystocie dynamique par le fait que le siège reste élevé et sollicite mal le segment inférieur. Si, par ailleurs, le périnée est rigide — et c'est le cas le plus fréquent chez la multipare âgée de plus de 30 ans — toutes les conditions seront réunies pour rendre le travail difficile et l'anoxie fœtale probable.

Parmi les 212 enfants nés de multipares de plus de 35 ans, 10 sont morts, soit 4,7 %.

Parmi les 62 enfants nés de multipares de moins de 35 ans, 3 sont décédés, soit 4,8 %.

Apparemment, l'âge des multipares n'a aucune influence sur la mortalité fœtale. Il n'est pas exclu qu'un âge avancé ait une action nocive certaine. Nous ne pouvons nous prononcer sur ce point car nos multipares étaient jeunes pour la plupart.

Aucune n'avait plus de 38 ans.

62 avaient de 35 à 38 ans

212 n'avaient pas 35 ans

Au terme de cette analyse de l'âge et parité associée, nous pensons

que c'est essentiellement chez la primipare âgée que le pronostic est défavorable.

Les deux tableaux suivants résument l'étude de la fréquence des décès en fonction de l'âge et de la parité de la mère.

AGE ET PARITE

La fréquence de la mortalité infantile en fonction de l'âge et de la parité de la mère. (Tableau I).

Parité — Age	St. Hospit.	Stat. Privée		Total	%
Primipares :					
Nombre de femmes de 15 à 30 ans	70	75	102	247	
Enfants décédés..	1	3	4	8	3,22 %
Nombre de femmes de 30 à 35 ans	9	11	2	22	
Enfants décédés..	1	1	0	2	9 %
Nombre de femmes de 35 ans et plus.	3	12	1	16	
Enfants décédés..	0	1	0	1	6,2 %
Multipares :					
Nombre de femmes de moins de 35 ans	69	78	65	212	
Enfants décédés..	6	2	2	10	4,7 %
Nombre de femmes de plus de 35 ans	20	24	18	62	
Enfants décédés..	1	1	1	3	4,8 %

AGE ET PARITE

La fréquence de la mortalité infantile en fonction de l'âge et de la parité de la mère. (Tableau II).

	Primipares	Multipares
Nombre de cas ..	285	274
Enfants morts....	11	13
Mortalité	3,8 %	4,7 %

	— de 35 ans	+ de 35 ans
Nombre de cas...	479	80
Enfants morts ...	20	4
Mortalité	4 %	5 %

	Primipares		Multipares	
	— 30	+ 30	— 35	+ 35
Nombre de cas...	247	38	212	62
Enfants morts ...	8	3	10	3
Mortalité	3,2 %	7,8 %	4,7 %	4,8 %

Le Poids de l'Enfant

Après les deux éléments concernant la mère, un facteur concernant l'enfant : son poids entre en jeu. Dans une certaine mesure, le praticien peut l'apprécier.

Pour que cette étude du poids soit complète, nous présenterons également celui des prématurés.

L'étude de nos chiffres montre que le taux de mortalité est de :

100 % de 0 à 500 grammes
100 % de 500 à 1000 grammes
84 % de 1000 à 1500 grammes
61 % de 1500 à 2000 grammes
17 % de 2000 à 2500 grammes

Dans tous ces cas, il s'agit de prématurés.

La mortalité tombe ensuite à

10 % de 2500 à 3000 grammes
4 % de 3000 à 3500 grammes
8 % de 3500 à 4000 grammes

Pour les poids supérieurs, notre courbe s'infléchit encore, contrairement à celle de la plupart des auteurs, chez qui elle s'élève à partir de 4 k.

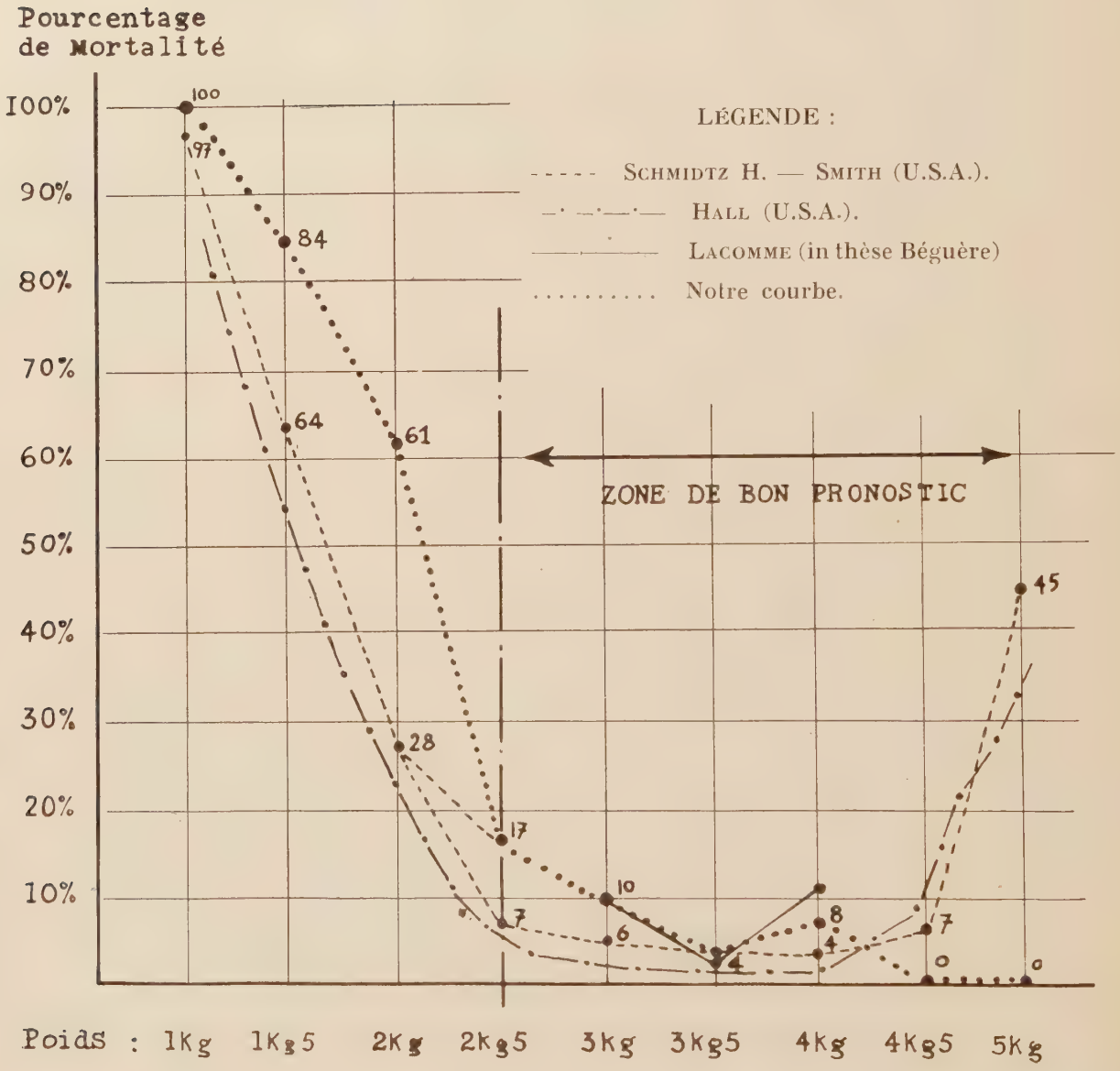
En effet, nous avons 45 enfants pesant de 4 k à 4 k 500 et nous n'avons que 2 décès, soit 4 %.

De 4 k 500 à 5 k 500, nous avons 3 enfants et aucun décès.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait d'avoir posé en temps voulu l'indication de Césarienne — opération plus fréquente pour les gros fœtus — mais là n'est pas la seule raison, car si nous avons 17 césariennes sur 45 enfants, nous avons aussi 17 grandes extractions, 5 accouchements spontanés, 4 petites extractions et 3 manœuvres de Mauriceau. Nous voyons que dans cette série de 4 k à 4 k 500, le nombre des grandes extractions a été égal à celui des césariennes.

Nous comparerons, sous forme de courbes, les résultats donnés par différents auteurs et concernant la mortalité en fonction du poids.

La lecture de ces courbes montre que le pronostic est très favorable entre un poids de 2 k 500 et 4 k. Personnellement nous trouvons qu'il ne l'est pas moins au-dessus de 4 k, notre courbe s'infléchissant encore vers un pourcentage nul.



La Variété du Siège

Enfin, si le siège décomplété a une gravité bien classique, nous ne l'avons pas constatée pour notre compte.

En effet, nous avons 19 décès pour 411 sièges décomplétés, soit 4,6 %, et 5 décès pour 148 sièges complets, soit 3,3 %. La variété de siège n'a donc pas une grosse importance. Nous rejoignons la pensée du Professeur Lacomme, pour qui le siège complet n'est peut-être pas d'un pronostic tellement plus favorable que le siège décomplété.

2° « L'Evolution du Travail »

La durée totale du travail, la rupture de la poche des eaux, la dilatation du col, la méthode employée au moment de l'expulsion sont des éléments d'une importance considérable. Encore sont-ils de valeur inégale.

Ce qui importe le plus à notre avis, c'est la manière par laquelle s'effectuera la dilatation du col. Est-elle « brillante » et régulière ? Va-t-elle entraîner une expulsion difficile qui obligera le praticien à mettre en œuvre des méthodes qui, malgré leur perfection sans cesse accrue, ne peuvent, par elles-mêmes, améliorer l'état d'un fœtus déjà mal en point ?

Il nous est donc permis de considérer la méthode employée comme dépendant pour une large part de l'évolution de la dilatation. Ne discréditons pas une manœuvre de dégagement parce que son taux de mortalité est élevé. Elle ne fait le plus souvent que traduire un travail difficile et parfois déjà une souffrance fœtale.

Par conséquent, la mortalité liée à la manœuvre employée n'a pas un caractère absolu et les chiffres que nous avançons doivent être regardés beaucoup plus comme des chances de probabilité que comme un pourcentage d'une rigueur mathématique.

Le Travail — La Dilatation du Col

Le temps moyen du travail varie suivant les auteurs. On a donné un temps limite à ne pas dépasser si l'on veut éviter des difficultés graves. En effet la durée du travail, même si elle ne cause pas de traumatisme à l'enfant, est par elle seule nocive. Guilhem P. a rapporté dans la thèse de Pichot (Toulouse 1953) les résultats de l'étude électro-encéphalographique des nouveaux-nés. Il a montré, en comparant deux groupes d'enfants nés après un travail ayant duré moins de

24 heures, d'une part, et plus de 24 heures, d'autre part, que des tracés électriques anormaux se voyaient à la suite d'un travail prolongé. Bien des cas, où rien en apparence n'explique la mortalité, viennent à l'appui des conclusions de Guilhem.

Nous avons signalé précédemment un décès après un travail de 48 heures. Seule la durée de ce travail pouvait expliquer la mort de l'enfant. Vraisemblablement il s'agissait ici de lésions encéphalitique.

Mais c'est principalement la régularité dans le travail qui importe. Rivière et Chastrusse (Bordeaux) ont souligné ce point capital. Une dilatation est-elle régulière et « brillante », l'expulsion sera facile et il y aura peu de chance pour que la fin de l'accouchement se complique au moment de la sortie de la tête. Corkill pense que, si le siège complet descend d'une manière satisfaisante sur le périnée, l'avenir de la marche de l'accouchement est rassurant.

Enfin, comment, dans les cas que nous avons étudiés, s'est terminé ce travail ? Quelle méthode d'extraction a été employée ? Pourcentage de décès dus à cette méthode ? Autant d'éléments qu'il nous faut analyser maintenant.

Méthodes employées

L'accouchement spontané ou aidé : petite extraction, Bracht, Mauriceau, forceps sur tête dernière ont été pratiqués
308 fois, soit 55 %.

La grande extraction :
120 fois, soit 21 %.

La Césarienne :
131 fois, soit 24 %.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'accouchement spontané ou aidé. Son pourcentage de mortalité est faible : 0,7 %.
Dans ces cas, les accouchements sont faciles à condition de ne pas se heurter à un relèvement des bras ou à une déflexion de la tête.

Si nous examinons la répartition des différentes techniques employées dans le tableau suivant, nous constatons :

Maternité de Rennes

Spontanés ou aidés	109 cas, soit	62,5 %
Grande Extraction	29 cas, soit	17,5 %
Césariennes	33 cas, soit	20 %

Statistique privée

Spontanés ou aidés	199 cas, soit	51,5 %
Grande Extraction	91 cas, soit	23,5 %
Césariennes	98 cas, soit	25 %

qu'un plus grand pourcentage de grandes extractions ont été opérées en privé. Ceci tient au fait que certains sièges dont l'accouchement a été entrepris d'une façon un peu téméraire par l'omnipraticien à domicile, ne peuvent se terminer sans Grande Extraction ou Césarienne. Le spécialiste est alors appelé pour entreprendre la manœuvre redoutée.
Il s'ensuit un plus fort coefficient de sièges difficiles.

La Grande Extraction

a été indiquée dans les cas suivants :

Le facteur maternel était en jeu 53 fois, surtout sous la forme d'une expulsion médiocre ou d'une maladie maternelle.
Le facteur ovulaire était en cause 20 fois sous forme de procidence du cordon et placenta proevia.
Enfin, *le facteur fœtal :* non engagement principalement et souffrance fœtale ont été rencontrés 39 fois.
Un tableau montre avec précision les différentes indications de grande extraction dans cette statistique.
Parmi les indications d'*ordre maternel,* il s'agissait le plus souvent :

d'une expulsion médiocre.....	46 cas
ou de maladie de la mère	7 cas

Parmi celles d'*ordre ovulaire,* le plus souvent la Procidence du cordon était en cause : 19 cas.
Enfin, le non-engagement était parmi les *facteurs fœtaux* le plus grand nombre : 30 cas.
Nous avons étudié précédemmnt les cas de mortalité dus à la Grande Extraction :

9 cas pour 120 Grandes Extractions, soit 6,6 %.

TABLEAU RESUMANT LES INDICATIONS DE LA GRANDE EXTRACTION

Indications	1°	2°	3°	Total
Facteurs maternels :				
Eclampsie pendant le travail.....		1		1
Hémorragie	1		1	2
Tuberculose pulmonaire guérie....		1		1
Hémoptysie maternelle		1		1
Grande Multipare 14e.....		1		1
Cardiopathie maternelle	1			1
Expulsion médiocre ..... (arrêt progression — lenteur du travail — anomalies de dilatation — fatigue maternelle — refus de pousser).	8	12	26	46
Bassin limite		2	6	8
Facteurs ovulaires :				
Procidence du cordon	7	10	2	19
Placenta Prœvia	1			1
Facteurs fœtaux :				
Non engagement ..... (siège haut placé — rupture prématurée des membranes — pas d'engagement).	8	2	20	30
Souffrance fœtale	3		6	9
	29	30	61	120

En général, les chiffres sont plus forts :

30 % Poulain, 1935
25 % Facq, 1944 à 1946
23 % Danforth et Calloway, 1938
22 % Crézé, de 1939 à 1952
20 % Lacomme (in thèse Beguère)
10 % Delalande
6,2 % Schmidtz et Schmitt
9,2 % Zacharia and Herry
14 % Loriau (Thèse Paris 1949-1953).

Nous trouvons donc que la Grande Extraction n'a pas la gravité qu'on lui attribue.

Les Césariennes

Nous donnons maintenant, dans le tableau suivant, les indications des Césariennes qui peuvent se résumer ainsi :

Disproportion fœto-maternelle	65 cas
Post-maturité	1 cas
Facteur dynamique	36 cas
Raison sociale	20 cas
Souffrance fœtale	3 cas
Lésions associées	6 cas

Ces indications méritent des précisions.

Dans les disproportions fœto-maternelles nous comprenons les très gros enfants, le bassin de la mère n'ayant pas l'ampleur voulue pour que la voie basse soit viable et surtout les bassins dystociques très fréquents en Bretagne.

Par raison sociale, nous entendons le cas de femmes ayant eu un enfant mort au cours d'un précédent accouchement par le siège et qui exigent un enfant vivant. Il faut dire par ailleurs que le médecin peut difficilement s'opposer à cette exigence.

Le pourcentage de mortalité à la suite de Césarienne a été de 0 %

En résumé, parmi l'étude de tous ces éléments, il semble donc que le pronostic réside d'abord dans la marche du travail et tous les efforts devront tendre à :

surveiller correctement la marche du travail et à mettre tout en œuvre pour que celui-ci puisse se faire dans de bonnes conditions.

Ensuite, il réside dans la précision de la manœuvre employée.

La mortalité a été nulle pour les enfants nés après césariennes.

TABLEAU RÉSUMANT LES INDICATIONS DES CÉSARIENNES

	1re St.	2e St.	3e St.	Total
1° DISPROPORTION				
Fœto-maternelle	19	19	27	65
Post-maturité	1			1
2° FACTEUR DYNAMIQUE (anomalie de dilatation, siège incliné).....	9	8	19	36
3° RAISON SOCIALE	3	8	9	20
4° SOUFFRANCE FŒTALE			3	3
5° LÉSIONS ASSOCIÉES (procidences diverses) ..	1	2	3	6
	33	37	61	131

Ceci nous amène à parler du facteur personnel de l'opérateur qui ne peut être dissocié de la méthode employée.

A cet effet, nous avons comparé le taux de mortalité dans les deux statistiques, hospitalière et privée.

Dans le premier cas, les accouchements effectués par le Chef de Service évidemment, mais aussi par les internes, externes, sages-femmes, élèves sages-femmes et même étudiants. On comprendra que leur compétence est variable.

Dans le second cas, au contraire, il s'agit d'opérateurs qualifiés qui ont de ce fait une technique éprouvée.

La différence du pourcentage de mortalité, 5,25 % (statistique hospitalière) contre 3,8 % (statistique privée) prouve que le facteur personnel du médecin spécialiste n'est pas sans importance. Et nous pensons que cette étude aurait manqué d'objectivité si nous avions omis de le signaler.

TROISIÈME PARTIE

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Au terme de cette étude et à la lumière des résultats, nous pouvons tirer quelques conclusions d'ordre pratique.

1° Pendant la grossesse.

Tenant compte du pronostic sévère, il est bon de mettre à profit toutes les ressources de la thérapeutique.

Faut-il tenter la version par manœuvres externes ? Nous n'entrerons pas dans les détails de la controverse. Rappelons simplement que Loy (Bruxelles), dans une statistique sur la version externe, conclut à l'inutilité de la manœuvre. En effet, dans 164 cas où la version a été tentée, il eut 85 % de succès, 139 femmes accouchant en sommet. En échange, dans une autre série de 92 cas sans tentative de version, 89 % ont fait une version spontanée.

Contrairement à ce qu'on lit parfois, les auteurs américains ne sont pas, à l'unanimité, partisans de cette manœuvre Certains citent une réussite dans 90 % des cas, mais d'autres attirent l'attention sur le taux de mortalité. Arnot et Donald Nelson citent 4 cas où la rupture utérine fut la conséquence de la version. De même, Hanley y est opposé, il signale 2 cas de décès. Enfin, Siegel et Mc Nally, qui ont fait en 1939 une revue générale sur la version externe dans l'accouchement en présentation du siège, rapportent une mortalité de 3,13 % à la suite d'une étude de 2269 cas répartis chez 26 auteurs. Un autre travail important a été fait par Hall. Il analyse dans 13 séries 4154 essais de version ; dans 3273 cas elle réussit et il note 0,47 % de décès. Le même auteur questionna 49 obstétriciens, membres du « Pacific Coast Obstetric and Gynecologic Society », 22 ne tentent pas la version externe. Kühnel (Danemark), qui recommande de la faire sans anesthésie, donne 75 % de réussites. Brosset, à Stockholm, comparant les sièges traités et non traités, conclut à la valeur minime de la version.

En somme.

Ou bien la version par manœuvres externes est très facile, elle est alors inefficace : la présentation se change aussitôt.

Ou elle est impossible et présente des risques pour l'enfant.

Nous pensons donc qu'elle peut être tentée, en fin de grossesse — afin de laisser le maximum de chance à la version spontanée — mais qu'elle doit être accomplie avec le plus de prudence et de douceur en surveillant étroitement les bruits du cœur. Une modification de ceux-ci indiquera d'une façon péremptoire la remise immédiate en position pelvienne.

2° Pendant le travail.

La première chose à faire est d'apprécier la « Qualité de la mère » : Age, Parité, l'état du bassin, le volume de l'enfant.

Une primipare âgée de plus de 30 ans, un enfant volumineux, doivent amener une surveillance étroite de la marche du travail. Enfin, si à ces éléments s'ajoute un bassin vicié ou simplement suspect, la Césarienne, à notre avis, sera utile.

Cet aperçu rapide étant effectué, il convient de suivre la marche du travail avec patience. Une expectative intelligente est nécessaire, car, en définitive, l'accouchement naturel reste encore l'idéal vers lequel il faut tendre.

Il faudra, en particulier, contrôler les contractions utérines et intervenir au besoin par des spasmolytiques ; surveiller étroitement la dilatation. Notons, en particulier, l'action efficace de la post-hypophyse en perfusion. Sans pouvoir avancer de chiffres personnels au sujet de l'emploi de cette méthode, elle a été utilisée avec succès, évidemment, à dilatation complète ou presque. Sa valeur est bien soulignée par Mahon R., Pery G. Ces auteurs comparent le coefficient de mortalité de 2 séries d'accouchemnts par le siège. Dans la première série, de 1948-1949, aucune perfusion de post-hypophyse n'a été faite. Dans le second cas, elle a été pratiquée régulièrement. Les pourcentages de mortalité sont de 4,7 pour la première série contre 1,36 pour la seconde.

Enfin, en abordant les méthodes à employer, disons que le facteur personnel de l'opérateur joue un grand rôle. La réussite dépend non seulement de l'adresse au cours de la manœuvre, mais aussi de la surveillance préliminaire. La précipitation dans ce domaine est absolument à proscrire. Rappelons ici le proverbe arabe : « Si tu es pressé, va lentement ».

Si nous comparions, dans nos deux séries statistiques, les pourcentages respectifs de mortalité, nous trouverions 5, 25 % pour la maternité contre

3,6 % pour la statistique représentant les accouchements faits par des spécialistes qualifiés. L'un d'entre eux a précisé sa méthode dans un article intitulé : « Petites modifications apportées au procédé classique de la Grande Extraction du Siège » (*Rev. Fr. de Gyn.*). Dans sa statistique présentée ici, sur 188 accouchements, 61 Grandes Extractions ont été pratiquées, soit 32 %. 3 décès peuvent être attribués à la méthode proprement dite, ce qui représente un pourcentage de près de 5 %.

La Grande Extraction, sous anesthésie à l'éther, ou, mieux, sous oxygène, associée aux curarisants, rend de grands services entre les mains d'un opérateur compétent. Ignorer cette manœuvre aboutirait à ne plus savoir la faire correctement, donc efficacement lorsque les conditions idéales s'en trouvent réalisées.

En ce qui concerne l'indication de Césarienne, il semble aujourd'hui que la méthode ait perdu un peu de sa vogue.

De nombreuses voix autorisées se sont en effet élevées contre l'abus de Césariennes (Vermelin). Récemment, dans la discussion de la statistique de Tribalet, M. Lantuejoul soulignait, comme très heureux, le mouvement actuel tendant à lutter contre la tendance excessive à faire des Césariennes à chaque fois qu'il y a une présentation du siège chez la primipare.

Rappelant le taux de mortalité de 3 % à la suite de Césariennes pratiquées dans 3,9 % des 386 sièges de la statistique de Ward et Parsons, M. Lacomme et G. Le Lorier, qui, par ailleurs, dans leur statistique (in thèse Béguère) ont noté que le nombre élevé de Césariennes n'a pas amélioré le pronostic fœtal, estiment qu'il ne faut pas trop étendre les indications de cette intervention, en particulier de la Césarienne d'emblée.

De leur côté, les Américains tendent également à restreindre l'indication de Césarienne. Si certains la conseillent à la moindre disproportion fœto-maternelle, d'autres sont d'un avis un peu différent. Pour Van D. Knight, il faut y avoir recours lorsque le travail s'écarte un peu de la normale. Corkill est également assez partisan d'une Césarienne secondaire quand il y a arrêt au détroit supérieur ou moyen, quand le travail tarde et que la dilatation est par ailleurs insuffisante. Greenhill est d'accord avec ce dernier et il recommande d'être très large dans l'indication de Césarienne chez la primipare âgée.

Notre position a été résumée par J. Dubois dans l'article précédemment cité :

« Deux arguments font incliner vers la Césarienne : l'un technique : « son inocuité de plus en plus grande, d'autre part, l'argument moral : le « souci d'avoir le plus grand nombre possible d'enfants non seulement « vivants ou viables, mais exempts de ces traumatismes susceptibles d'entraî- « ner de fâcheuses conséquences, même dans un avenir éloigné.

« Mais cela ne peut faire oublier que les procédés chirurgicaux com- « portent encore une certaine marge d'insécurité, pas toujours prévisible. »

Par ailleurs, le long usage de certaines techniques obstétricales présente parfois des avantages sur la Césarienne.

« Dans « les cas négligés », on préférait, par crainte des dangers qu'au- « rait fait courir à la mère une Césarienne, extraire l'enfant par les voies « naturelles, plus ou moins péniblement, le sacrifiant en quelque sorte à la « mère. Aujourd'hui, les gains réalisés dans différentes thérapeutiques font « qu'il nous est plus facile — lorsque les conditions sont médiocres — de « protéger la mère contre les risques d'un infection post-opératoire, que « l'enfant contre les dangers d'une grande extraction.

« Il faut donc — et c'est là, à notre avis, qu'est le véritable progrès — « savoir abandonner ces grandes extractions, par trop incertaines, au profit « de la Césarienne, même si les conditions sont telles qu'il y a peu de temps « encore on eût hésité. »

Il faut dire enfin que si le nombre de Césariennes a été assez élevé dans notre statistique, ceci tient pour beaucoup au grand nombre de bassins dystociques rencontrés dans notre région.

Pour terminer les indications thérapeutiques, on ne pourra omettre de parler du forceps sur tête dernière. Il a été souvent employé au cours des accouchements présentés ici sans difficulté. Un cas seulement de décès a été noté. Nous pensons qu'il est moins traumatisant pour l'enfant que la traction exercée dans la manœuvre de Mauriceau et qu'il faut le préférer à cette manœuvre.

Quant à l'épisiotomie, nous ne pensons pas que son utilisation systématique soit nécessaire. L'infiltration du périnée, l'emploi de curarisants, rend de réels services. Pour ce qui est de l'emploi de curarisants associés à l'oxygénation, il serait bon de s'assurer le concours d'un anesthésiste, surtout quand une grande extraction doit être entreprise.

Enfin, si nous voulons être complet, nous ne pourrons terminer ce chapitre des indications thérapeutiques sans parler de la méthode de Tzovianoff.

Les auteurs soviétiques l'emploient depuis peu de temps avec des résultats très intéressants que nous avons eu l'occasion de mentionner au cours de ce travail.

En quoi consiste-t-elle et quels sont ses avantages ? Baklava (qui l'a utilisée de 1951 à 1953) l'expose :

Tzovianoff recommande « de procéder activement à l'accouchement de « façon à empêcher artificiellement la procidence des pieds — et dans le but « de renforcer les contractions par excitation du plexus lombaire. Les « poussées faibles dans le cas de présentations du siège sont le résultat « d'excitations insuffisantes du plexus lombaire. Dans le but d'intensifier « cette poussée, nous avons procédé à une pression sur le périnée. La « manœuvre se fait ainsi : L'accouchée se trouve dans la position gynéco- « logique, l'accoucheur, avec ses deux pouces, effectue délicatement mais « néanmoins fortement, une pression sur le périnée de chaque côté de la « présentation. A l'aide de ce procédé on a réussi à renforcer les poussées ou « à les provoquer dans le cas où elles n'existaient pas. »

Ainsi, cette méthode, outre qu'elle ferait baisser le pourcentage de mortalité (de 13 % à 7,5 % dans la statistique de Wachnadzé — (Institut de Irkytcki) — 1,6 % (Baklava, Ormsk, Sibérie) — aurait également l'avantage, selon Wachnadzé, de diminuer les interventions par manœuvre manuelle à la dernière phase de l'expulsion (8 cas où la manœuvre manuelle a été employée, soit 7,4 %).

Après la technique de Tzovianoff, on y a eu recours dans 2,9 % des cas.

Enfin, toujours d'après le même auteur, elle diminuerait le nombre d'infections puerpérales : 8,6 % au lieu de 17,6 %.

CONCLUSIONS

1° Nous rapportons une statistique de 635 accouchements en présentation du siège parmi 14156 accouchements effectués à Rennes de 1946 à 1956 inclus, soit une fréquence de 4,48 %.

2° Après l'élimination des 76 cas de prématurité, le nombre de sièges corrigés est de

559

3° Notre statistique se divise en deux parties :

— La première rassemble les cas de la Maternité du Centre Hospitalier de Rennes.

— La seconde, qui est subdivisée en deux séries, groupe ceux pratiqués par deux spécialistes gynécologues accoucheurs, en privé.

4° Différents éléments susceptibles de conditionner la mortalité fœtale, qui s'élève à 4,25 %, ont été étudiés.

Nous avons isolé les facteurs suivants. A) Ceux qui ne semblent pas avoir d'action :

Le poids de l'enfant. En dessous de 2500 grammes, il s'agit de prématurés, au-dessus de 4 kilos, la mortalité n'est pas supérieure à celle des séries de poids inférieur.

La variété de siège. Le pourcentage de décès étant à peu près identique dans les sièges complets et décomplétés.

B) Ceux qui aggravent le pronostic :

La primiparité tardive (plus de 30 ans)

L'irrégularité du travail, la rupture prématurée des membranes.

La dystocie dynamique est plus à redouter que la méthode d'extraction utilisée.

La dystocie osseuse et les dystocies multiples, particulièrement meurtrières.

C) Enfin, la personnalité de l'opérateur compétent diminue l'incidence de la mortalité.

5° A la lumière de ces résultats, nous avons dégagé quelques indications thérapeutiques dominées toutes par cette idée : savoir attendre et surveiller.

Dans la mesure du possible, il faut considérer l'accouchement naturel comme la solution la meilleure, mais si les circonstances amènent à l'intervention, la faire sans aucune précipitation. La grande extraction ne sera pas regardée comme une manœuvre à craindre et à éviter le plus possible.

Il est nécessaire d'écarter l'indication abusive de Césarienne. Une observation attentive du travail est un préliminaire indispensable dans les cas où une disproportion fœto-maternelle par dystocie osseuse n'impose pas cette intervention d'emblée. Enfin, l'emploi du forceps sur la tête dernière, entre des mains compétentes, ne présente aucun danger. Comme anesthésie, lorsque son utilisation s'avère nécessaire, nous pensons que l'emploi des curarisants associés à l'oxygénation est très souhaitable. La présence de l'anesthésiste étant nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

Allan C. Barnes (Ohio Univ.). — Conduite à tenir dans la présentation du siège. *Postgrad. Med.*, août 1952, *12*, 124-126.

Arnot P.H. et Nelson D.R. — Les accouchements par le siège en clientèle. *Am. J. Obst. Gyn.*, sept. 1952, *64*, n° 3, 591-606, 19 tabl.

Bakieva P.G. — L'influence de la méthode de Tzovianoff sur l'évolution de la délivrance de nouveau-nés dans la présentation du siège décomplété. *Akoucherstvo i gynekologia* (Moscou), 1956, n° 2, 78-80.

Bettencourt F. (de). — Traitement de la présentation du siège par la méthode de Bracht. *Rev. Franç. Gynec. Obst.*, février 1956, n° 2, 58-66.

Bracht E. — Le traitement du siège. C.R., 7e Congrès International Gynec., Amsterdam, 1938, *11*, 93.

Brindeau et Lantuejoul. — Les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège. *Gynec Obst.*, 1935, *32*, n° 5, 385.

Brosset A. — La valeur prophylactique de la version par manœuvres externes dans le cas du siège. *Acta, Obst. Gynec. Scandin*, 1956, *30*, n° 4, 555-562.

Calkins L.A. — Présentation du siège. *Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1955, *69*, n° 5, 977-983, 8 tabl.

Corkill (Wellington). — Quelques points contreversés dans la présentation du siège. *New Zealand M.J.*, août 1952, *51*, 219-226.

Creze J. — Morbidité et Mortalité fœtale dans l'accouchement par le siège. *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, 1953, *5*, n° 2, 231.

Creze J. — Le pronostic fœtal de la procidence du cordon dans la présentation du siège. *Gyn. Obst.*, juin-juillet 1956, *55*, n° 3, 333-335.

Dalley G. — Le traitement logique de la présentation du siège. *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.*, déc. 1952, *59*, n° 6, 841-843.

Delalande A. — Une statistique sur l'accouchement par le siège. *Gyn. Obst.*, 1953, *5*, n° 4, 481.

Delruy-Vermenouse. — La présentation du siège. Etude statistique (Clinique Tarnier) 1944-1948. *Thèse Paris*, 17 mai 1949, n° 356, 48 pages.

Deplante J. — 281 observations d'accouchements en présentation du siège, recueillies en série à la Maternité de l'Hôpital Bellevue (Saint-Etienne). *Thèse Lyon*, 1954, n° 80, 84 pages.

Desmoulins G. — De l'accouchement en présentation du siège par la méthode de Bracht. *Thèse Bordeaux*, 21 juillet 1953, n° 234, 31 pages.

Diekman W. et J. Harrod (Univ. Chicago). — L'accouchement par le siège au Lying in Hospital de Chicago de 1945 à 1952. *Am. J. Obst. Gyn.*, août 1955, *70*, 252-265.

Door E.M. — Présentation du siège et travaux. *Surg. Clin. North. Amer.*, fév. 1953, n° 1, *33*, 77-85.

Dubois J. (Rennes). — Petites modifications apportées au procédé classique de la grande extraction du siège. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, janv.-fév. 1952, n° 1-2, 73.76.

Facq J. G.A.L. — L'accouchement spontané dans les présentations du siège. Mécanisme. Résultats. *Thèse Nancy*, 1er juillet 1948, n° 28, 112 pages, 5 fig.

Fulconis M.H. — Un aspect de la lutte contre la dystocie à propos de la mortalité fœtale dans la présentation du siège. *Gyn. Obst.* 1952, *4*, n° 3 *bis*, 500-502.

Gœthals T.R. — La Césarienne en tant que méthode de choix dans le traitement de la présentation par le siège. *Am. J. Obst. Gynec.*, mars 1956, *71*, n° 3, 536-552, 13 tabl.

Greenhill. — *Obstetrics*, 11e édition.

Greenhill. — *Year Book of obstetrics and gynecology*, 1952-53, 1953-54, 1954-55, 1955-56.

Grimes W.H., Bartholomew R.A., Colvin E.D., Fish J.S. et Lester W.M. — La présentation du siège dans la grossesse et le travail. *J.A.M.A.*, 8 mars 1952, *148*, n° 10, 788-793, 2 fig.

Guilhem P. — Notre conduite de l'épreuve du travail dans les bassins rétrécis. *Rev. Franç. Gyn.*, nov.-déc. 1955, n° 11-12, 360-363.

Hall E.D., R. Counselmun, J. Brookj (Brooklyn). *Am. J. Obst. Gyn.*, mars 1956, *71*, 536-552.

Hanley. — *Obst. Gyn.*, juil. 1954, *4*, 124.

Hebert J. — La présentation du siège. *Feuillets Médicaux* (Maloine).

Hecklinger P. — Comment se produit l'accouchement en cas de présentation par le siège ? *Arch. f. Gyn.*, 1956, *187*, n° 5, 747-760.

Hoogeveen A.J.A. — La présentation du siège avec une référence spéciale à la conduite de l'accouchement par la manœuvre de Bracht. *Thésis, Rijks univ. Utrecht*, 1956, 204 pages.

Hudnall Ware H. et Robert L.W. — Le traitement de la présentation du siège. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1954, *67*, n° 4, 768-781.

Khuhnel P. — Conduite active opposée à la conduite passive dans l'accouchement par le siège. Valeur prophylactique de la version externe au cours de la grossesse. *Acta Obst. Gyn. Scandin.*, 1954, *33*, n° 4, 360-383.

Kinjalova N.W. — Conduite active de l'accouchement dans le cas de présentation par le siège. *Akoucherstvo i guinekologia* (Moscou), 1956, n° 2, 80-81.

Lacomme et Le Lorier G. — Sur quelques éléments du pronostic fœtal dans la presentation du siège. Réflexions sur les indications du traitement chirurgical. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, nov.-déc. 1955, *50*, n° 11-12, 348-355.

Lanvin M. et Trevoux R. — Attitude du praticien devant la présentation du siège. *Rev. Praticien*, 21 juil. 1955, *5*, n° 21, 2183-2192.

Loriau M. (Mlle). — Conduite à tenir actuelle dans la présentation du siège et pronostic fœtal. *Thèse Paris*, mars 1954, 188, 32 pages.

Loy. — *Brussel. Med.*, 1954, *34*, 911.

Ludlam Phillipa et George Winchester. — *Edimburg. M.J.*, juil. 51, *58*, 35-40.

Mahon R., Pery G., Soumireumourat J. et Leblanc C. — La perfusion d'extraits hypophysaires dans l'accouchement par le siège. *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, août-sept. 1956, *8*, n° 4, 471-475.

Noble Maurice J.D., Joan E.W. Mackie et Marjoriem Paterson. — Conduite de l'accouchement dans la présentation du siège chez la primipare. *Edimburg. M.J.*, juil. 51, *58*, 22-28.

Ostry. — *Lancet*, oct. 30, 1954, *2*, 896.

Pain M.D. — Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège (Statistique de la clinique Tarnier pour les années 1948-1951). *Thèse Paris*, juil. 1952, 86 pages, n° 822.

Pigeaud H., Neumann E. et Alarmatine R. — Application de la méthode de Bracht à l'accouchement en présentation du siège. *Gyn. Obst.*, 1952, *51*, n° 4, 324-330.

Pomerance W. et Daichman I. — Retentissement sur le fœtus et sur le nouveau-né de la présentation du siège chez les primipares à terme. *Am. J. Obst. Gyn.*, juil. 1952, *67*, n° 1, 110-117, 4 fig., 11 tabl.

Resillot. — Etats statistiques de la mortalité fœtale dans les accouchements par le siège au cours de la période 1951 à 1956. *Thèse Médecine Lyon*, n° 138, 1956.

Rivière M., Chastrusse L. et Compret. — Pronostic fœtal dans l'accouchement en présentation du siège. Etude statistique. *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, 1952, *4*, n° 4, 466-470.

Roemer F.J. — La délivrance par le siège par le praticien et la « limite des 8 minutes ». *J.A.M.A.*, fév. 1955, *157*, n° 6, 494-496.

Siegel Is. et Hugh B. Mc. Nally. — La présentation du siège chez la primipare et manœuvre par version externe. *South. Med. J.*, juil. 51, *58*, 22-28.

Schmidtz H.E., Smith C.J. et Clumpner E.R. — Les résultats des sièges au Lewis Memorial Hospital (Loyola, Missouri, U.S.A.). *Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1955, *69*, n° 5, 984-994, 6 fig.

Toulouse R. — Deux cas de déflexion de la tête au cours de la présentation du siège. *Gyn. Obst.*, 1947, n° 3, 347-349, 1 fig.

Tribalet J. — La présentation du siège chez la primipare. (Etude statistique). *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.*, av.-mai 1957, *9*, n°2.

Van D. Knight R. et O'Connell P. — Une analyse des accouchements par le siège pendant une période de 10 ans (1939-1948). *Am J. Obst. Gyn.*, nov. 1952, *64*, n° 5, 1049-1060, 6 fig.

Vermelin H. — L'abus des opérations césariennes. *Gyn. Obst.*, 1948, *47*, n° 6 *bis*.

Vermelin H. et Ribon M. — Présentation du siège. *Encyclopedie Med.-Chir. Traité Obstetr.*, fasc. 5026 A 10 (6-1952).

Ward C.V. et Parsons R.M. — Analyse des accouchements par le siège pratiqués pendant 5 ans. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1955, *69*, n° 2, 284-288, 10 tabl.

Watchinaze I.K. — Accouchements dans la présentation du siège au cours de sept années (1947-1953) dans la clinique d'accouchement *Akoutcherstvo i guinekologia* (Moscou), 1956 n° 2, 77-78.

White A.J. — Version spontanée dans les dernières semaines de la grossesse et sa signification dans la conduite des accouchements en siège. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1956, *63*, 5, 706-713.

Zacharias L.F. et Heery R. — Une appréciation de la présentation du siège et de l'accouchement par les voies naturelles. *Am. J. Obst. Gyn.*, déc. 1950, *60*, n° 6, 1352-1355.